Manual

BPSD-DS-2

Evaluación de Cambios Conductuales en Demencia y Discapacidad Intelectual

A. D. Dekker
P. P. de Deyn

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Down Syndrome - 2

Adaptación a la lengua española: B. Benejam

tea

hogrefe

BPSD-DS-2

Evaluación de Cambios Conductuales en Demencia y Discapacidad Intelectual

Alain D. Dekker
Peter P. de Deyn

Adaptación a la lengua española
Bessy Benejam

MANUAL

tea hogrefe

Madrid, 2026

Título original: BPSD-DS-2, *Vragenlijst over dementiegerelateerde gedragsveranderingen* by Alain D. Dekker and Peter P. de Deyn.

Adaptación a la lengua española: Bessy Benejam.

Cómo citar esta obra

Para citar esta obra, por favor, utilice la siguiente referencia:

Dekker, A. D. y de Deyn, P. P. (2026). *BPSD-DS-2. Evaluación de Cambios Conductuales en Demencia y Discapacidad Intelectual* (B. Benejam, adaptadora). Hogrefe TEA Ediciones.

Nota. En la redacción de este manual se ha utilizado un lenguaje inclusivo para evitar la discriminación por razón de sexo. En este contexto, los sustantivos variables o los comunes acordados deben interpretarse en un sentido inclusivo de mujeres y varones, cuando se trate de términos de género gramatical masculino referidos a personas o grupos de personas no identificadas específicamente.

Original title: *BPSD-DS-2 Vragenlijst over dementiegerelateerde gedragsveranderingen* by Alain D. Dekker and Peter P. de Deyn

Copyright © 2022 by Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam, The Netherlands

Copyright de la adaptación española © 2026 by Hogrefe TEA Ediciones. Todos los derechos, incluidos los relacionados con minería de textos y datos (TDM), entrenamiento de Inteligencia Artificial (IA) y tecnologías similares, están reservados.

Copyright of the Spanish version © 2026 by Hogrefe TEA Ediciones. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

ISBN: 978-84-18745-80-5

Depósito legal: M-17566-2026

Diseño y maquetación: Sara Velasco.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Índice

Acerca de la adaptadora 5

Prólogo 7

Ficha técnica 9

1. Descripción general 11

1.1 Finalidad 11
1.2 Ámbito de aplicación 11
1.3 Contenido y estructura 12
1.4 Puntuaciones 14
1.5 Materiales 15

2. Fundamentación teórica 17

2.1 Cambios de comportamiento relacionados con la demencia 18
2.2 Síndrome de Down y comorbilidades 19

3. Normas de aplicación y corrección 21

3.1 Recomendaciones generales 21
3.1.1 Selección del informante 21
3.1.2 Cumplimentación de los ítems 22
3.2 Requisitos profesionales 22
3.3 Normas de aplicación 22
3.3.1 Consideraciones previas 22
3.3.2 Preparación 27
3.3.3 Información sobre la persona evaluada 27
3.3.4 Aplicación de la entrevista 29
3.4 Normas de corrección 32
3.4.1 Puntuación por sección 32
3.4.2 Puntuaciones globales de cambio 32
3.4.3 Introducción de respuestas 32

4. Normas de interpretación **35**

4.1 Interpretación de las puntuaciones 35

4.1.1 Perfil de resultados 35

4.1.2 Interpretación de las puntuaciones globales 35

4.1.3 Interpretación a nivel de sección 38

4.1.4 Interpretación a nivel de preguntas 39

4.2 Descripción detallada de las secciones 41

4.3 Caso ilustrativo 43

5. Fundamentación psicométrica **49**

5.1 Proceso original de creación y desarrollo 49

5.2 Estudios de tipificación y validación 50

5.3 Fiabilidad 51

5.3.1 Consistencia interna 52

5.3.2 Fiabilidad interjueces 52

5.3.3 Estabilidad temporal: test-retest 54

5.4 Validez 56

5.4.1 Evidencias relacionadas con el contenido del test 57

5.4.2 Evidencias de validez sobre la relación con otras variables 57

Referencias bibliográficas **61**

Acerca de la adaptadora

Bessy Benejam es licenciada en Psicología por la Universidad de Barcelona. Entre los años 2000 y 2003 se especializó en Neuropsicología Clínica (en la misma universidad), realizando su formación práctica en los servicios de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge. En el año 2003 le otorgaron una beca predoctoral en la Unidad de Investigación de Neurotraumatología y Neurocirugía (UNINN) del Hospital Universitario Valle Hebrón y realizó los cursos de doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, obteniendo posteriormente la suficiencia investigadora. En el año 2008, empezó a colaborar con el Centro Médico Barcelona Down de la Fundación Catalana Síndrome de Down, centro en el que realiza, en el momento actual, su actividad asistencial e investigadora, centrada en el estudio y el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en personas con síndrome de Down.

Prólogo

Con el fin de apoyar a las personas con discapacidad intelectual, a sus familiares, cuidadores y profesionales, se están llevando a cabo investigaciones científicas orientadas cada vez más a la práctica clínica con el objetivo de responder a preguntas concretas del día a día. No obstante, muchas de estas preguntas siguen aún sin respuesta. A partir de una de estas preguntas surgió la investigación que dio origen a la BPSD-DS-2.

Las personas con síndrome de Down presentan un riesgo (de origen genético) excepcionalmente alto de desarrollar la enfermedad de Alzheimer: más del 90 % de ellas desarrollará una demencia a lo largo de la vida. Reconocer y diagnosticar la demencia en personas con síndrome de Down a menudo se convierte en un desafío complejo. Para los cuidadores y los familiares, identificar a tiempo el deterioro en las habilidades cognitivas no es una tarea sencilla. ¿Podrían los cambios conductuales, que con frecuencia son fácilmente observables, ser de utilidad en este proceso? ¿Podrían ciertos cambios ser señales de alerta temprana para el desarrollo de la demencia?

En la población general (sin discapacidad intelectual), se han realizado numerosos estudios sobre los cambios conductuales relacionados con la demencia y se han desarrollado cuestionarios específicos, como el *Inventario Neuropsiquiátrico* (NPI; Cummings et al., 1994). Sin embargo, estos no son adecuados para personas con discapacidad intelectual. Al parecer, no existen listados conductuales o de síntomas (*checklist*) recientes y bien validados que aborden específicamente los cambios de comportamiento en las personas con discapacidad intelectual en general, y de las personas con síndrome de Down en particular. Esto, junto con cuestiones prácticas sobre los cambios de comportamiento, la detección precoz de la demencia y el curso de la demencia en personas con síndrome de Down impulsaron el desarrollo y la validación de una nueva prueba de evaluación, específicamente centrada en los cambios conductuales en personas con síndrome de Down y demencia: la entrevista BPSD-DS-2.

El estudio de los cambios tempranos en el comportamiento desde una perspectiva aplicada fue el punto de partida de la investigación doctoral de Alain Dekker, bajo la supervisión del profesor Peter De Deyn, catedrático en neurología. En 2017, Alain completó su doctorado en la Universidad de Groningen. Durante su infancia, Alain creció cerca de un centro de día para personas con discapacidad intelectual, donde una de las usuarias era una mujer mayor con síndrome de Down. Su envejecimiento estuvo marcado por cambios conductuales cada vez más evidentes: se volvió más ansiosa, lenta y empezó a gritar sin motivo aparente. A pesar de múltiples esfuerzos, su situación se volvió insostenible y tuvo que ser trasladada a otro centro. Años después, se confirmó que padecía demencia.

Durante sus estudios en ciencias del comportamiento y en neurociencia, Alain asistió a una conferencia del experto en demencias Peter De Deyn. Este mencionó, de manera tangencial, que las personas con síndrome

de Down tienen un riesgo significativamente elevado de desarrollar demencia. Tras la conferencia, Alain y Peter iniciaron una conversación que derivó en la investigación y, finalmente, en la creación de esta entrevista de evaluación.

La investigación para el desarrollo y la validación de la BPSD-DS-2 no habría sido posible sin el apoyo de numerosas organizaciones y personas involucradas. Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas ellas. Gracias a su colaboración, hemos podido aportar un pequeño pero significativo avance en la respuesta a esta importante cuestión práctica. En particular, queremos agradecer a los familiares y cuidadores que participaron como informantes, a Vincent Boxelaar (RUG), Enrique Groen (UMCG) y Aurora Ulgiati (RUG-UMCG y Alliade) por su importante contribución, así como a todos los entrevistadores (principalmente especialistas en psicodiagnóstico y expertos en comportamiento) por su dedicación.

Esperamos que la BPSD-DS-2 contribuya a la identificación sistemática de cambios conductuales en personas con síndrome de Down, lo que puede suponer una importante contribución al diagnóstico diferencial de la demencia. Los beneficios obtenidos de los derechos de autor serán destinados a la *Stichting Dementietafel Groningen* (Alain Dekker) y a *Neurosearch Antwerp vzw* (Peter De Deyn).

Alain D. Dekker y Peter P. De Deyn

Ficha técnica

Nombre.	BPSD-DS-2. *Evaluación de Cambios Conductuales en Demencia y Discapacidad Intelectual.*
Nombre original.	BPSD-DS-2. *Vragenlijst over dementiegerelateerde gedragsveranderingen*.
Autores.	Alain D. Dekker y Peter P. de Deyn.
Procedencia.	Hogrefe Uitgevers B.V (2022).
Adaptación a la lengua española.	Bessy Benejam.
Aplicación.	Individual.
Ámbito de aplicación.	Adultos de 30 a 80 años con discapacidad intelectual.
Duración.	60 minutos, aproximadamente.
Finalidad.	Evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia en personas con discapacidad intelectual en 11 grandes secciones: 1) ansiedad; 2) problemas de sueño; 3) irritabilidad; 4) comportamiento obstinado; 5) inquietud y comportamiento estereotipado; 6) agresividad; 7) apatía; 8) depresión; 9) síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones); 10) desinhibición; y 11) conducta alimentaria.
Baremación.	Baremos en percentiles (Pc) para las puntuaciones globales de población con síndrome de Down sin demencia y con un diagnóstico confirmado de demencia.
Materiales.	Manual, cuadernillo de anotación y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.
Formato de aplicación.	Papel.
Modo de corrección.	*Online* (disponible captura de respuestas mediante foto o escaneo) .
Lenguas disponibles para la evaluación.	Español.

1. Descripción general

1.1. Finalidad

La BPSD-DS-2 tiene como finalidad proporcionar un instrumento estandarizado para la **evaluación de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia en adultos con síndrome de Down**. Al igual que en las evaluaciones para la población general, su objetivo es complementar las evaluaciones cognitivas y funcionales convencionales, permitiendo una caracterización más precisa y específica del perfil conductual en esta población.

Esta entrevista considera las circunstancias específicas de los adultos con síndrome de Down y se centra exclusivamente en su comportamiento. La BPSD-DS-2 también puede utilizarse en adultos con discapacidad intelectual, sin que el síndrome de Down sea la causa de dicha discapacidad.

La BPSD-DS-2 ha sido desarrollada y optimizada a partir de una extensa investigación científica, de modo que constituye una herramienta útil y única en el proceso diagnóstico ante la sospecha de una demencia en adultos con discapacidad intelectual.

Esta entrevista puede utilizarse en un protocolo de evaluación de demencia que incluya otras pruebas cognitivas o funcionales especialmente diseñadas para población con discapacidad intelectual, como la *Prueba de Exploración Cambridge para la Valoración de los Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o con Discapacidad Intelectual* (CAMDEX-DS; Ball et al., 2013) o la escala de *Exploración Cognitiva de Personas con Trastornos del Desarrollo Intelectual y Apoyo Extenso* (DICAE; Esteba-Castillo et al., 2023).

Es importante destacar que la BPSD-DS-2 no constituye, por sí sola, un medio diagnóstico definitivo sobre la presencia o ausencia de un trastorno relacionado con la demencia, sino que debe emplearse como parte de una evaluación multidimensional que integre información clínica, cognitiva y funcional.

1.2. Ámbito de aplicación

La BPSD-DS-2 ha sido diseñada específicamente para registrar los cambios de comportamiento relacionados con la demencia en **adultos con discapacidad intelectual, incluyendo aquellos con síndrome de Down, de entre 30 y 80 años**.

La BPSD-DS-2 puede ser utilizada por profesionales en servicios de apoyo y atención o en entornos clínicos (médico/a, pedagogo/a especializado/a, psicólogo/a) dentro de un proceso de diagnóstico exhaustivo ante la sospecha de demencia, permitiendo documentar de manera sistemática y fiable los cambios de comportamiento característicos de esta condición, garantizando así su pertinencia en diferentes perfiles clínicos.

1.3. Contenido y estructura

La evaluación se realiza mediante una entrevista con uno o dos informantes que conocen bien a la persona evaluada, preferiblemente desde hace más de **dos años,** y que pueden ofrecer detalles sobre su comportamiento en la vida cotidiana. El riesgo de demencia se evalúa a partir de los cambios en la frecuencia y la gravedad del comportamiento de la persona, comparando su funcionamiento típico con el observado durante los últimos 6 meses. La aplicación puede completarse en un tiempo aproximado de 60 minutos.

La BPSD-DS-2 está compuesta por 52 preguntas, organizadas en once secciones definidas clínicamente (véase la Tabla 1.1 para una breve descripción de estas secciones). Los ítems se responden con un formato de escala Likert y permiten valorar el cambio en la frecuencia y la gravedad de los comportamientos característicos de la persona evaluada.

En cada sección, la BPSD-DS-2 permite valorar tres aspectos relacionados con los comportamientos de la persona evaluada: la frecuencia y gravedad de los comportamientos y la sobrecarga del cuidador o cuidadora. La frecuencia y la gravedad del comportamiento se evalúan para cada pregunta; mientras que la sobrecarga se evalúa a nivel de sección (Figura 1.1).

- La **frecuencia** se refiere a la cantidad de veces que se manifiesta el comportamiento descrito. Se puntúa utilizando una escala de cinco puntos, que van desde «Nunca o una vez» hasta «Diario o continuo».

- La **gravedad** se evalúa desde la perspectiva de la persona evaluada y se basa en dos aspectos: el sufrimiento personal y el grado de interferencia en la vida diaria. La gravedad se puntúa en una escala de cuatro puntos, que van desde «Ninguna» hasta «Grave».

- La **sobrecarga** del cuidador se evalúa desde la perspectiva de los cuidadores o familiares (el informante) y se basa en: 1) la manejabilidad de los síntomas; 2) el tiempo adicional requerido; y 3) la carga emocional. La sobrecarga se establece en función de la impresión general por sección, utilizando una escala de cuatro puntos, que van desde «Ninguna» hasta «Grave». Para determinar la sobrecarga del cuidador, se consideran únicamente los comportamientos que realmente están presentes (aquellos con una frecuencia superior a «Nunca o una vez»).

Posteriormente, el sistema de corrección *online* de Hogrefe TEA Ediciones calcula las puntuaciones de cambio correspondientes. La puntuación de cambio mide la variación del comportamiento con el tiempo, en concreto, entre lo típico o característico de la persona evaluada (b) y el comportamiento en los últimos 6 meses (a), es decir: $a - b = Cambio$.

Figura 1.1

Estructura de los ítems de la BPSD-DS-2

Suspira y se queja constantemente.	Frecuencia	*Últimos 6 meses*	☐☐☐☐☐	13
		Típico/característico	☐☐☐☐☐	14
	Gravedad	*Últimos 6 meses*	☐☐☐☐	15
		Típico/característico	☐☐☐☐	16
			① ② ③ ④	
Si consideramos en conjunto los ítems presentes (aquellos con una frecuencia mayor que 1), **¿cómo evaluaría la sobrecarga del cuidador/a?**	Sobrecarga	*Últimos 6 meses*	☐☐☐☐	17
		Típico/característico	☐☐☐☐	18

Tabla 1.1

Descripción breve de las secciones de la BPSD-DS-2

Sección	Descripción
Ansiedad	Evalúa la presencia de comportamientos indicativos de tensión o malestar emocional, como agitación motora, evitación, exasperación o retraimiento social.
Problemas de sueño	Valora las alteraciones en el patrón de sueño, incluyendo dificultades para conciliar o mantener el sueño, despertares frecuentes y somnolencia diurna.
Irritabilidad	Evalúa la susceptibilidad al enfado o a la frustración, manifestada en cambios bruscos de humor, respuestas verbales o conductuales intensas y desproporcionadas y baja tolerancia a la frustración. Indica desregulación emocional o reactividad aumentada.
Comportamiento obstinado	Explora la resistencia persistente a cambios en la rutina o a seguir instrucciones, así como la insistencia en realizar actividades de una manera específica. Refleja rigidez conductual o dificultad para la adaptación.
Inquietud y comportamiento estereotipado	Registra la presencia de agitación motora, hiperactividad o movimientos repetitivos sin propósito aparente, como balanceos, aleteos o manipulación constante de objetos. Indica patrones de actividad motora anómala o repetitiva.
Agresividad	Evalúa conductas de agresión verbal, física o autolesiva. Permite determinar la frecuencia y la intensidad de comportamientos disruptivos dirigidos hacia otros o hacia sí misma.
Apatía	Valora la ausencia o la reducción en la motivación, la iniciativa y el interés por el entorno o las actividades habituales. Indica un estado de indiferencia emocional o falta de implicación conductual.
Depresión	Evalúa síntomas afectivos y conductuales asociados a un estado depresivo, como tristeza persistente, pérdida de interés o llanto frecuente.
Síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones)	Registra la presencia de creencias o pensamientos falsos e infundados que se consideran reales (delirios) y experiencias sensoriales anormales (alucinaciones).
Desinhibición	Evalúa comportamientos impulsivos, inapropiados o socialmente inadecuados. Indica una pérdida de control de los impulsos o de la regulación social del comportamiento.
Conducta alimentaria	Explora cambios en los hábitos alimentarios, incluyendo la pérdida o el aumento del apetito, una selectividad extrema o conductas inadecuadas como la ingesta de objetos no comestibles (pica).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

tea hogrefe

Figura 3.1

Ejemplo de cumplimentación de datos básicos de la BPSD-DS-2

Información para la entrevista

Nombre y apellidos de la **persona evaluada:** Enrique

Sexo: [X] Varón [ ] Mujer Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de vivienda: Apartamento propio institucional Ocupación diurna: [ ] No [X] Sí

Discapacidad intelectual: [ ] Leve [X] Moderada [ ] Grave [ ] Profunda Cociente intelectual: 50

Edad de desarrollo emocional: _____ , _____ (años, meses)

Nombre y apellidos del **informante 1:** Elena

Relación con la persona evaluada: Hermana

Duración de la relación con la persona evaluada: 45 , ____ (años, meses)

Tiempo semanal de contacto con la persona evaluada: 48 horas (una vez al mes)

Nombre y apellidos del **informante 2:** Cuidadora principal en la institución

Relación con la persona evaluada: _____

Duración de la relación con la persona evaluada: ____ , ____ (años, meses)

Tiempo semanal de contacto con la persona evaluada: ___ horas

Nombre y apellidos del **entrevistador/a:** H. T. E.

Fecha de la entrevista: _____

Figura 3.1

Ejemplo de cumplimentación de datos básicos de la BPSD-DS-2 (continuación)

Información sobre la pesona evaluada

Parte A

Causa genética del síndrome de Down:

☐ Desconocida ☒ Trisomía 21 completa ☐ Translocación ☐ Mosaicismo

¿Presenta...?

☐ Autismo (TEA) ☐ Discapacidad física ☐ Disfagia
☐ Dependencia de silla de ruedas ☐ Problemas dentales graves

¿Puede el paciente expresarse verbalmente?

☐ No, nunca lo ha hecho ☐ No, ya no ☒ Sí

¿Ya se ha diagnosticado una demencia?

☒ Sin indicios ☐ Demencia dudosa ☐ Demencia clínicamente diagnosticada

Si corresponde, ¿se está tratando la demencia?

☐ No ☐ Sí, en tratamiento con: _____

Diagnóstico diferencial

La presencia de alguna de las siguientes condiciones podría hacer que la entrevista no fuera aplicable. Consulte los criterios de no aplicación en el manual.

¿Ha experimentado la persona algún evento significativo que haya afectado claramente su comportamiento en los últimos 6 meses?

☒ No ☐ Sí, aunque ya no afecta a su comportamiento
☐ Sí, aún afecta de forma clara a su comportamiento

¿Se ha diagnosticado alguno de los siguientes trastornos?

Depresión	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Epilepsia	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Hipotiroidismo	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Déficit vitamina B12	☐ No	☐ Sí, no tratado	☒ Sí, tratado con:	suplemento de vitamina B12
Problemas auditivos	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Problemas visuales	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Apnea del sueño	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Dolor crónico	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	
Ictus	☒ No	☐ Sí, no tratado	☐ Sí, tratado con:	

Si la persona evaluada está tomando psicofármacos en la actualidad, indicar nombre y dosis:

Observaciones

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

tea hogrefe

Figura 4.4

Perfil de Enrique en la BPSD-DS-2: puntuaciones globales y de frecuencia en cada sección

Puntuaciones globales de cambio

Se ha obtenido una puntuación global en Frecuencia de 6. Una puntuación igual o superior a **6** debe interpretarse como una posible señal temprana de deterioro cognitivo que requiere atención.

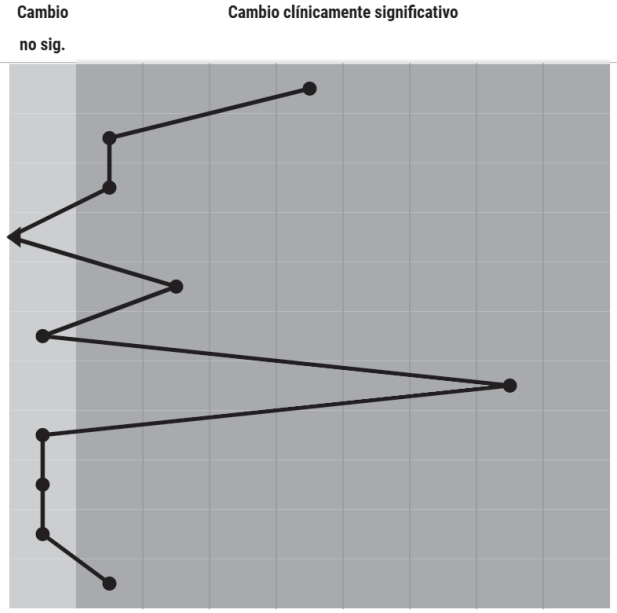
		PD	Pc
FRE	Frecuencia	6	72
GRA	Gravedad	10	93
SOB	Sobrecarga	6	98

NOTA: Representación en puntuaciones Pc, (percentil), escala ordinal.

Puntuaciones de cambio por sección

Frecuencia

		PD
Ans	Ansiedad	4
Sue	Problemas de sueño	1
Irr	Irritabilidad	1
Obs	Comportamiento obstinado	-2
Est	Inquietud y comp. estereotipado	2
Agr	Agresividad	0
Apa	Apatía	7
Dep	Depresión	0
Psi	Síntomas psicóticos	0
Des	Desinhibición	0
Ali	Conducta alimentaria	1



NOTA: PD: Puntuación directa; sig.: significativo.

La **gravedad** del comportamiento también mostró un aumento global, sobre todo en el ámbito de la ansiedad (Figura 4.5). En el caso de la apatía, aunque su frecuencia incremetó, se observó una disminución en su gravedad. Esto puede explicarse por el hecho de que la gravedad se valora en función del sufrimiento que padece la persona y de la alteración de su vida cotidiana: si bien los síntomas apáticos (como la falta de interés o la disminución de la reactividad emocional) son ahora más frecuentes, la hermana de Enrique y su cuidadora consideran que no generan un malestar significativo ni una interferencia clara en su funcionamiento diario. A diferencia de la ansiedad, que implica manifestaciones más activas y disruptivas, la apatía presenta un carácter más pasivo, lo que puede hacer que su impacto directo en la persona evaluada se perciba como menor.

BPSD-DS-2

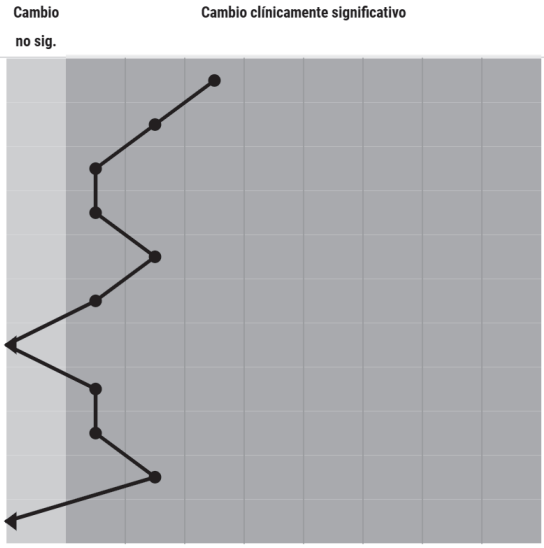
No obstante, este aumento en la frecuencia de conductas apáticas sí contribuye a una mayor **sobrecarga** asistencial, ya que requiere una implicación más activa por parte de los cuidadores para estimular, motivar e involucrar a Enrique en las actividades cotidianas. De hecho, la sobrecarga para la hermana y el equipo de cuidados ha aumentado tanto en relación con la ansiedad como en lo referente a la apatía y, en menor medida, en relación con la inquietud y los comportamientos estereotipados. La hermana de Enrique indica que ella y su familia se sienten frustrados cuando Enrique ya no realiza bien sus tareas, y también señala que la búsqueda constante de cercanía por parte de Enrique resulta a menudo molesta.

Figura 4.5

Perfil de Enrique en la BPSD-DS-2: puntuaciones de gravedad y sobrecarga en cada sección

Gravedad

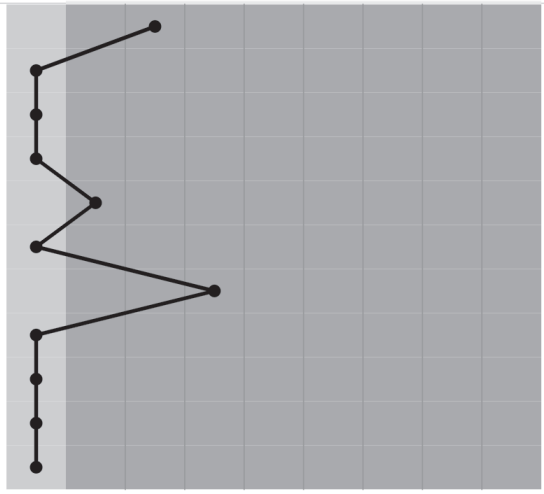
		PD
Ans	Ansiedad	3
Sue	Problemas de sueño	2
Irr	Irritabilidad	1
Obs	Comportamiento obstinado	1
Est	Inquietud y comp. estereotipado	2
Agr	Agresividad	1
Apa	Apatía	-2
Dep	Depresión	1
Psi	Síntomas psicóticos	1
Des	Desinhibición	2
Ali	Conducta alimentaria	-1



NOTA: PD: Puntuación directa; sig.: significativo.

Sobrecarga

		PD
Ans	Ansiedad	2
Sue	Problemas de sueño	0
Irr	Irritabilidad	0
Obs	Comportamiento obstinado	0
Est	Inquietud y comp. estereotipado	1
Agr	Agresividad	0
Apa	Apatía	3
Dep	Depresión	0
Psi	Síntomas psicóticos	0
Des	Desinhibición	0
Ali	Conducta alimentaria	0



NOTA: PD: Puntuación directa; sig.: significativo.

Al analizar los cambios a nivel de cada pregunta en comparación con su comportamiento característico, Enrique se mostraba más tenso, evitaba más situaciones y parecía tener más miedo a quedarse solo (Figura 4.6). Se indicó también que Enrique caminaba de un lado a otro sin un propósito claro y que había aumentado la repetición de frases sin sentido (verbalización estereotipada). En cuanto al comportamiento apático, se observó que Enrique mostraba con mayor frecuencia falta de iniciativa, tenía menos interés por sus compañeros y su familia, realizaba sus tareas con menos autonomía y, a veces, se aislaba en su apartamento.

Figura 4.6

Perfil de Enrique en la BPSD-DS-2: puntuaciones de cambio por ítem

Puntuaciones de cambio por ítem

A continuación se presentan las puntuaciones de cambio de los ítems con diferencias clínicamente significativas. Cada puntuación puede interpretarse dentro de un rango que refleja el nivel de cambio, desde «Aumento leve» hasta «Aumento fuerte/muy fuerte».

Ítems y secciones	Cambio en Frecuencia	Cambio en Gravedad
Ansiedad		
1.3. Tensión	Aumento moderado	Aumento leve
1.4. Evitación de situaciones/lugares	Aumento leve	Aumento leve
1.5. Miedo	Aumento leve	Aumento leve
Problemas de sueño		
2.2. Despertares nocturnos	Aumento leve	Aumento moderado
Irritabilidad		
3.2. Impaciencia	Aumento leve	Aumento leve
Comportamiento estereotipado		
5.2. Deambulación sin rumbo	Aumento leve	Aumento leve
5.5. Verbalización estereotipada	Aumento leve	Aumento leve
Agresividad		
6.3. Agresión física	-	Aumento leve
Apatía		
7.1. Falta de iniciativa	Aumento moderado	-
7.2. Desinterés ambiental	Aumento fuerte	-
7.4. Dependencia	Aumento leve	-
7.6. Retraimiento social	Aumento leve	Aumento leve
Depresión		
8.2. Llanto	-	Aumento leve
Síntomas psicóticos		
9.1. Delirios	-	Aumento leve
Conducta alimentaria		
11.4. Caprichos alimentarios	-	Aumento leve

Nota. El símbolo «-» indica que no ha habido un aumento de la conducta en ese aspecto valorado.

BPSD-DS-2

Basándose en las puntuaciones de la BPSD-DS-2, queda claro que el comportamiento de Enrique ha cambiado. Se han descartado varias posibles explicaciones para estos cambios, como la comorbilidad. Tampoco ha habido un evento reciente en la vida de Enrique que pudiera tener un impacto significativo en su comportamiento. Aunque sus padres fallecieron, Enrique parece haberlo procesado bien. Solo en la fecha del aniversario de la muerte habla mucho de ello y quiere encender una vela en la iglesia. No se han observado otros cambios importantes y su situación de vivienda es bastante estable. Sin embargo, Enrique tiene cada vez más dificultades con los cuidadores y los sustitutos, tal como se ha descrito anteriormente.

Cuando el psicólogo de la institución revisó los resultados de la BPSD-DS-2 y de los otros instrumentos de evaluación en una reunión con el médico, ambos concluyeron que la hipótesis principal de los cambios experimentados por Enrique era la demencia. Basándose en la información obtenida del diagnóstico diferencial, el deterioro cognitivo y la comparación de la puntuación de Enrique en la BPSD-DS-2 (un aumento de +13 puntos en la frecuencia) con los percentiles (percentil 87 en comparación con personas sin demencia) y los puntos de corte, parece indicar que podría tratarse de una demencia.

El registro sistemático de los cambios de comportamiento con la BPSD-DS-2 ayudó a obtener una visión clara de lo que había cambiado en los últimos seis meses. Durante las conversaciones surgieron también cambios que tanto la hermana de Enrique como su cuidadora principal no habían considerado inicialmente. Se dieron cuenta de que Enrique era capaz de hacer muchas más cosas antes de este período. En particular, los síntomas de ansiedad y apatía habían aumentado.

El psicólogo mantuvo una conversación con el equipo de cuidados y con la hermana de Enrique para ajustar el acompañamiento de forma que respondiese mejor a sus necesidades cambiantes, debido al envejecimiento y la posible demencia. El enfoque del acompañamiento pasó de ser un apoyo orientado al desarrollo a uno centrado en mantener las habilidades, por ejemplo, ajustando los objetivos en las actividades diarias. Dado que se identificó la posibilidad de que Enrique tuviese una demencia, su hermana empezó a entender mejor que la falta de interés y motivación de Enrique no era intencionada, sino que podía deberse a una enfermedad. Ahora tiene una mayor comprensión de la situación y procura corregirlo menos. Tomar conciencia de la etapa de vida en la que se encuentra Enrique y reconocer la posible demencia ayudó a su hermana, a los cuidadores y al resto de su entorno a responder de manera más adecuada a sus necesidades. Esto ayudará a mejorar su calidad de vida en el presente y en el futuro.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

tea hogrefe

La BPSD-DS-2, *Evaluación de Cambios Conductuales en Demencia y Discapacidad Intelectual* es una herramienta diseñada para detectar de forma temprana **cambios en el comportamiento relacionados con la demencia** en personas con discapacidad intelectual y, especialmente, con síndrome de Down. Mediante una **entrevista semiestructurada** con personas cercanas (familiares o cuidadores), analiza el comportamiento en diferentes situaciones aportando una visión integral del impacto del deterioro conductual en la vida diaria.

La entrevista incluye **once secciones** que abarcan diferentes aspectos del funcionamiento personal y social: ansiedad, problemas de sueño, irritabilidad, comportamiento obstinado, inquietud y comportamiento estereotipado, agresividad, apatía, depresión, síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), desinhibición y conducta alimentaria. Para ello, se valoran tres elementos de estos comportamientos: 1) cambios en la frecuencia con que ocurren; 2) cambios en la gravedad que suponen para la persona evaluada; y 3) cambios en la carga percibida por el cuidador.

Constituye una herramienta esencial para **centros residenciales, servicios de salud mental, unidades de envejecimiento o programas de apoyo a la discapacidad intelectual** para la planificación de apoyos y la elaboración de programas de intervención individualizados y ajustados a sus necesidades reales.

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa
Bogotá · Monterrey · Guadalajara
Ciudad de México

www.hogrefe-tea.com

ISBN 978-84-18745-80-5

9 788418 745805